FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
1885-86 DE BORDEAUX N° 39.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANGIÔMES DE LA LANGUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juin 1886

PAR

Lucien-Louis-Zéphyrin JULLIAN

NÉ LE 10 DÉCEMBRE 1856, A BORDEAUX (GIRONDE)

Ancien interne de l'Asile des Aliénés de Cadillac (Gironde) et de l'Hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Jury d'examen : MM. LANELONGUE, *Président.*
COYNE.
LAGRANGE.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, rue Permentade, 23-25.

1886

1885-86 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 39.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANGIÔMES DE LA LANGUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juin 1886

PAR

Lucien-Louis-Zéphyrin JULLIAN

NÉ LE 10 DÉCEMBRE 1856, A BORDEAUX (GIRONDE)

Ancien interne de l'Asile des Aliénés de Cadillac (Gironde) et de l'Hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Jury d'examen : MM. LANELONGUE, *Président*.
COYNE.
LAGRANGE.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, rue Permentade, 23-25.

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ..... Professeur honoraire.

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, ch. du Cours.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. / PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, ch. du Cours. / LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. / RONDOT. / ARTIGALAS. / LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. / PIÉCHAUD. / LAGRANGE. / DEMONS. / DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCES

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ.
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants.	BITOT.	Maladies mentales	N...

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT des CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MA CHÈRE FEMME

A MON BON ET VÉNÉRÉ PÈRE

A MON CHER FRÈRE

A MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR PICOT

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANELONGUE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A M. LE DOCTEUR VÉNOT

Chargé du cours de clinique des maladies vénériennes à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉCHAUD

A TOUS MES VRAIS AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANGIÔMES DE LA LANGUE

INTRODUCTION

Les affections de la langue ont de tout temps préoccupé les chirurgiens, tant par les diverses formes qu'elles peuvent revêtir que par les inconvénients et les dangers qu'elles entraînent pour le bon fonctionnement de cet organe et pour l'organisme en général. Les nombreux ouvrages publiés sur cette matière en font foi.

Grâce à ces incessantes recherches, à la connaissance plus approfondie de ces maladies et aux perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux, la science se trouve armée pour combattre avec avantage le plus grand nombre de ces affections.

Beaucoup sont connues depuis longtemps; d'autres, dont la véritable nature n'a été démontrée que depuis un temps relativement court, ne nous ont pas encore devoilé certaines particularités de leur structure intime, de leur formation, de leur développement.

Parmi celles-ci, les diverses variétés d'angiômes, auxquels Dupuytren avait appliqué, d'une manière peut-être un peu trop générale, le nom de tumeurs érectiles, ont donné lieu à un grand nombre de recherches. Mais la plupart des auteurs ne les ont

étudiés qu'à un point de vue général, sans s'attacher particulièrement à leur localisation sur l'organe du goût et de la parole.

Nous avons recherché parmi les auteurs classiques et les autres ouvrages ayant trait aux maladies de la langue, nous n'en avons trouvé que fort peu qui se soient occupés spécialement des tumeurs érectiles de cet organe. Nous citerons la thèse de M. le docteur Foucher (Paris 1862), celle de M. le docteur Arragon (Paris 1883), l'article Langue, de M. Demarquay, dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie,* celui de M. Bouisson, dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales.*

Un cas d'angiôme caverneux de la langue s'étant produit au mois de février dernier dans le service de M. le professeur Lanelongue, il nous a paru intéressant de reprendre cette question et de tâcher d'en déduire quelques conclusions simples et utiles à la pratique.

Nous nous sommes inspirés des leçons cliniques sur les tumeurs de la langue et en dernier lieu sur l'angiôme, faites cette année-ci par M. le professeur Lanelongue, des ouvrages cités plus haut, ainsi que de l'article que M. Bœckel a consacré aux tumeurs érectiles en général, dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.* Notre intention n'a pas été d'ouvrir des aperçus nouveaux, ni de nous étendre longuement sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Mais M. Suzanne ayant bien voulu nous communiquer l'examen histologique de la pièce, nous n'avons pas cru pouvoir passer sous silence cette partie de leur histoire. (1)

Qu'il me soit permis, à la fin de mes études médicales et avant de me séparer d'eux, de rendre ici un juste et public hommage de reconnaissance à mes Maîtres de la Faculté de Bordeaux, qui, par les lumières de leur esprit et la bienveillance de leurs conseils, ont conduit mes pas sur le chemin de la science.

Je prie en particulier mes excellents maîtres, M. le professeur Picot et M. le docteur Vénot, de vouloir bien agréer l'expression

(1) Nous avons cité intégralement les observations que nous avons pu recueillir dans les divers ouvrages, car elles nous ont paru intéressantes dans leurs détails, pour appuyer les idées que nous avançons.

de ma sincère reconnaissance, pour la bienveillante amitié dont ils ont daigné m'honorer.

Que M. le professeur Lanelongue veuille bien agréer aussi tous mes remerciements, pour avoir eu la bonté d'accepter la présidence de ma thèse et m'avoir permis de faire usage de l'observation qui a été prise dans son service.

Je remercie enfin M. Suzanne, interne des Hôpitaux de Bordeaux, de son bienveillant concours.

Bordeaux, le 18 mai 1886.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Définition. — Étiologie.

§ I. — HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs érectiles de la langue se confond avec celle des tumeurs érectiles en général, et ne présente rien de particulier. Nous ne nous arrêterons donc pas longtemps sur ce sujet.

Nous citerons cependant parmi les auteurs qui leur ont consacré une mention spéciale : M. Maisonneuve, dans sa thèse de concours de clinique en 1848; M. Demarquay, à l'article Langue du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie;* M. Bouisson, dans le *Dictionnaire Encyclopédique;* M. le docteur O. Foucher, en 1862, leur consacre sa thèse, et réunit la plupart des cas observés jusqu'alors. Enfin, en 1883, M. le docteur Arragon, dans sa thèse sur les *Angiômes des muqueuses,* en cite deux cas. M. Fairlie Clarke, dans son *Traité des Maladies de la Langue,* en cite un cas.

Enfin plusieurs autres, indiqués seulement, se trouvent dans divers auteurs sans aucun détail.

§ II. — DÉFINITION

On comprenait autrefois, sous le nom de *tumeurs érectiles,* des tumeurs constituées par les divers ordres de vaisseaux pouvant varier de volume sous l'influence d'un apport plus considérable de sang, provoqué par des causes diverses.

On les divisait en tumeurs érectiles artérielles, tumeurs érectiles veineuses et tumeurs érectiles mixtes, lesquelles étaient formées par les capillaires artériels ou veineux.

De nos jours, les travaux de MM. Lebert, Robin, Follin, Broca et Bœckel ont jeté un jour nouveau sur la question. Les tumeurs érectiles désignées sous le nom d'*Angiômes* par M. Wirchou ont été définies, par MM. Cornil et Rauvier, de la manière suivante :

« Des tumeurs constituées par des vaisseaux de formation nouvelle. »

Ils les divisent en : « Angiômes simples, dans lesquels les vaisseaux qui les constituent sont semblables aux vaisseaux normaux, aux artères, aux veines et aux capillaires. »

« Angiômes caverneux, ceux dans lesquels le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caverneux des organes érectiles. »

C'est cette définition que nous adopterons.

§ III. — ÉTIOLOGIE

A quelles causes peut-on attribuer la production des angiômes de la langue ?

Les opinions des auteurs sur cette question diffèrent comme sur l'origine des tumeurs érectiles en général.

Ainsi, M. le docteur Pinard dit qu'il n'en a jamais vu existant sur la langue au moment de la naissance.

D'autre part, M. Lebert, M. Demarquay et la plupart de ceux qui ont pu en observer, leur attribuent une origine congénitale. Si nous nous reportons d'ailleurs aux dix-neuf observations citées à la fin de ce travail, nous trouvons que dix ont été observées dès la naissance, nous pouvons même dire onze en comptant le fils du malade cité dans l'observation de M. Chassaignac. L'époque d'apparition n'est pas notée pour quatre d'entr'elles, une est douteuse. Enfin quatre seulement seraient apparues dans un âge plus avancé.

Une d'entr'elles est surtout remarquable, parce qu'elle apparût à l'âge de 22 ans (obs. XII).

Je ne fais qu'indiquer en passant, pour en faire justice, l'opinion du public qui attribue l'apparition de ces tumeurs à des désirs inassouvis de la mère pendant la grossesse.

L'hérédité peut-elle être invoquée ici ? Le fait que rapporte M. Chassaignac pousserait à cette opinion, et le cas cité (obs. IX), semblerait aussi la justifier. D'autre part certains cas, tel que celui observé à l'Hôpital Saint-André, montrent que cette affection peut exister chez un membre d'une famille, sans qu'on puisse la retrouver chez aucun de ses parents, ascendants ou descendants. Ce serait donc se hasarder beaucoup que de porter un jugement affirmatif sur ce point.

Les indications fournies par l'époque de l'apparition ne sauraient être d'une grande importance au point de vue de l'âge auquel ces tumeurs peuvent se montrer.

Nous avons vu, en effet, que, la plupart du temps, elles sont d'origine congénitale, et si presque tous les cas observés se rapportent à des adultes c'est plutôt, comme le dit Lebert, parce que l'affection a pris un développement qui oblige les malades à venir réclamer les secours de l'art.

Les femmes paraissent être atteintes plus fréquemment que les hommes; sur les 19 cas que nous mentionnons, 12 ont été observés chez des femmes et 7 seulement chez des hommes.

Enfin les traumatismes, tels que la morsure de la langue, ont paru déterminer dans certains cas l'apparition de ces tumeurs ou tout au moins hâter leur évolution.

Leur développement momentané ou définitif reconnaît aussi quelquefois pour cause les efforts, la fatigue, la grossesse, la menstruation.

Elles peuvent devoir également leur présence sur la langue à la propagation de tumeurs érectiles, nées des parties voisines. (Bouisson. — Article Langue; tumeurs érectiles, *in Dict. encyclop.*).

CHAPITRE II

Anatomie normale de la langue. — Anatomie pathologique des angiômes de la langue.

---

§ I. — ANATOMIE DE LA LANGUE

Placée à l'entrée des voies respiratoires et des voies digestives, la langue est destinée à la formation du bol alimentaire, à la gustation des saveurs et à l'émission de la parole. Il fallait, pour répondre à toutes ces propriétés, qu'elle fût douée d'une grande mobilité, doublement innervée et dotée enfin d'une abondante circulation.

Nous y trouvons, en effet, huit muscles lui imprimant les mouvements les plus divers.

M. Sappey les divise en quatre groupes : le premier formé par le stylo-glosse, le génio-glosse, l'hypo-glosse s'insérant sur les os voisins.

Le second constitué par le pharyngo-glosse, le palato-glosse et l'amygdalo-glosse, s'insère sur les organes voisins.

Le troisième groupe formé d'un seul muscle, le lingual inférieur, tire son origine à la fois de l'os hyoïde et des organes voisins.

Le quatrième formé également d'un seul muscle s'étale à la partie supérieure de la langue, au-dessous de la muqueuse dont il forme pour ainsi dire le peaucier principal.

Les nerfs ne sont pas moins nombreux : « trois paires de nerfs envoient des divisions à la langue : les trijumeaux lui donnent le nerf lingual, branche volumineuse du maxillaire inférieur ; les

glosso-pharyngiens lui fournissent les branches terminales ; les pneumogastriques lui cèdent quelques ramuscules qui proviennent du laryngé supérieur. »

« Le lingual et le glosso-pharyngien communiquent à la langue sa sensibilité gustative. » — Sappey.

« Les artères destinées à la muqueuse proviennent, comme celles qui rendent aux muscles sous-jacents, de l'artère linguale. » Par ses branches nombreuses elle lui porte le sang nécessaire à sa nutrition et les fines ramifications vont dans la muqueuse et les papilles former un plexus compliqué.

Les veines de la langue sont divisées par M. Sappey en trois groupes :

(a) Les *veines profondes* qui vont se rendre soit dans la jugulaire interne, soit dans la faciale et sont remarquables par le nombre considérable de leurs valvules.

(b) Les *veines dorsales* émanées des papilles et de la muqueuse pour former un plexus développé surtout à la base de la langue s'unissent pour former plusieurs troncs et se jettent enfin soit dans la jugulaire interne, soit dans une des veines voisines.

(c) Les *veines ranines* situées à la face inférieure de l'organe et se jettent soit dans la faciale ou la jugulaire interne.

Enfin, la langue est recouverte d'une muqueuse composée de deux couches, l'une superficielle ou épithéliale, l'autre profonde, le chorion muqueux. Elle est hérissée de petites papilles de forme et de grandeurs diverses, qui président à la perception des saveurs par les nerfs de sensibilité spéciale, le lingual et le glosso-pharyngien.

§ II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ANGIÔMES

Quelle est la constitution anatomique des angiômes de la langue ?

A part les deux examens microscopiques, dont l'un de M. Cornil, relatés dans la thèse de M. Arragon, et celui fait par M. Suzanne, interne du service de M. le professeur Lanelongue, nous n'en avons pas trouvé d'autre qui rendît compte de cette structure. Aussi

nous sommes-nous inspirés de ces examens, ainsi que de ce que nous avons vu nous-même dans les préparations que M. Suzanne a bien voulu mettre à notre disposition.

La définition que MM. Cornil et Ranvier ont donnée de l'angiôme en général, s'applique également aux tumeurs érectiles de la langue.

Pour eux, « l'angiôme est une tumeur constituée par des vaisseaux de formation nouvelle. »

Les travaux des auteurs modernes permettent de les diviser en trois variétés.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici l'excellente description qu'en a donné M. le professeur Picot.

« Dans la première variété, la production morbide se montre formée par un lacis inextricable de vaisseaux capillaires très dilatés, puisqu'au lieu de mesurer $0^{mm},01$, ils vont jusqu'à $0^{mm},04$ et $0^{mm},06$. Les capillaires dilatés sont pressés les uns contre les autres, et une mince couche de tissu conjonctif les sépare. Il serait faux de croire qu'ici il ne s'agit que d'une simple dilatation hypertrophique des capillaires primitifs. En même temps que cette dilatation se montre sur les anciens capillaires, il se fait une véritable hyperplasie de nouveaux tubes vasculaires apparaissant par bourgeonnement sur les vaisseaux anciens. Comme l'a démontré Porta, on trouve, en effet, dans les tumeurs de ce genre, des granulations vasculaires dont les capillaires ne communiquent pas entr'eux. Ces granulations sont formées par des vaisseaux anciens, l'un afférent, l'autre efférent entre lesquels se sont produits en grande abondance les néo-capillaires. Non-seulement les vaisseaux se dilatent dans leur diamètre transversal, mais la dilatation porte aussi sur leur longueur, de telle sorte qu'au lieu de rester rectilignes ils deviennent flexueux, décrivent de nombreux tours de spire, se courbent dans toutes les directions. Les parois vasculaires ne paraissent pas participer au travail hypertrophique d'une manière accentuée. Le plus souvent elles restent normales, quelquefois elles augmentent cependant de volume et le nombre des noyaux s'accroît réellement. »

« La seconde variété des angiômes est caractérisée par la dilatation irrégulière des vaisseaux capillaires. Elle peut s'observer d'emblée dans certains cas, ou succéder comme phase évolutive à la dilatation simple dont je viens de vous entretenir. Enfin, dans une même production morbide, il est possible de la rencontrer associée à la première ; ici, les vaisseaux se montrent avec des bosselures fusiformes, sacciformes plus ou moins irrégulières. Des dilatations et des étranglements successifs règnent sur la longueur des tubes et s'y rencontrent disposés sans ordre. Des cas de ce genre ont été décrits par Follin et par Ch. Robin. »

« Dans la troisième variété, appelée souvent *fongus hématodes,* on trouve un tissu creusé d'alvéoles irrégulières, communiquant entr'elles, et dans lesquelles circule le sang. Il existe donc là un véritable tissu caverneux, analogue au tissu caverneux physiologique. Les alvéoles, tout d'abord microscopiques, peuvent s'agrandir considérablement et former des poches d'un et même plusieurs millimètres de diamètre. Les parois sont formées par du tissu conjonctif assez dense au sein duquel, suivant la région où s'est développée la tumeur, on peut trouver des fibres musculaires lisses, ou des faisceaux striés ; parfois on y rencontre aussi des vésicules adipeuses. Leur suface est tapissée par des cellules épithéliales analogues à celles qui forment le revêtement de la surface interne des veines. Le sang qui les remplit est analogue au sang normal, il y circule souvent avec une grande rapidité, et, dans certains cas, s'y accumule en très grande abondance. Il en résulte que les angiômes caverneux sont réellement érectiles, et que, lors de leur distension par l'afflux d'une grande quantité de sang, on peut les voir augmenter de volume, se colorer plus fortement et devenir même le siège de battements artériels. Ces tumeurs, selon toute probabilité, ainsi que l'enseigne Broca, sont le résultat de la rupture des dilatations vasculaires décrites dans les deux premières variétés, ruptures par le fait desquelles le sang, faisant irruption au milieu du tissu conjonctif de la première production morbide, s'y creuse les cavités caverneuses caractéristiques. » — Picot (*G^s Processus morbides*).

Pour pratiquer l'examen macroscopique et microscopique de ces

tumeurs, il est bon, ainsi que le recommande M. Bœckel, de placer au préalable une ligature, ou bien ainsi que cela a été fait par M. le professeur Lanelongue pour la tumeur qu'il a opérée, de saisir la tumeur avec une pince, afin d'éviter que le sang qu'elle renferme ne s'écoule après l'ablation.

Elle est placée ainsi dans l'alcool ou tout autre liquide capable de la durcir.

Si l'on examine alors une de ces tumeurs, leur aspect sous la coupe varie suivant que l'on a affaire à un angiôme capillaire ou à un angiôme caverneux.

Dans le premier cas, l'aspect de la coupe est celui d'une éponge fine (Bœckel). Les vaisseaux sont entrelacés et contournés ; le plus souvent on aperçoit leur ouverture, lorsque la section a été perpendiculaire à leur axe, sous la forme de petites cavités, remplies de sang coagulé. Si, au contraire, la coupe les a frappés perpendiculairement à leur axe, on observe que les petits vaisseaux offrent des dilatations plus ou moins volumineuses.

Ils sont assez bien limités et séparés par des lames de tissu conjonctif. M. Bœckel a observé dans l'intérieur du calibre de ces vaisseaux de petits filaments, renfermant un ou plusieurs noyaux, analogues à ceux de l'endocardite qu'il considère comme le point de départ des phlébolithes que l'on observe plus tard dans les vastes cavités des angiômes caverneux.

Si l'on a affaire à un angiôme caverneux, on trouve des aréoles plus ou moins larges qui donnent à la tumeur l'aspect des corps caverneux de la verge.

On se trouve en présence de mailles larges constituées par du tissu conjonctif entremêlé de fibres musculaires renfermant une matière brunâtre formée par du sang coagulé et composée de petits blocs qu'un grossissement suffisant fait reconnaître pour des amas de globules sanguins et de caillots fibrineux.

Dans l'examen d'une de ces tumeurs (obs. III), on avait observé que les parois des cavités étaient tapissées par une tunique endothéliale. Cette particularité n'a pas été retrouvée dans l'examen de la tumeur qui fait l'objet de l'observation I ; nous verrons tout à

l'heure qu'elle n'a rien qui doive nous surprendre, étant donné le mode de formation de ces cavités. Le liquide sanguin paraît au contraire être en contact immédiat avec les faisceaux musculaires qui, en certains points, constituent les mailles. Cette disposition se rencontre plus spécialement sur les limites de la tumeur.

Cette particularité nous semble indiquer la manière dont se produit l'accroissement des angiômes capillaires, et leur transformation en angiômes caverneux. Les capillaires dilatés se rompent sous l'influence d'une exagération de pression, le sang fuse entre les éléments anatomiques voisins du point où s'est produite cette extravasation sanguine, les dissocie et s'y creuse des cavités qui bientôt atteindront les dimensions que nous connaissons, ainsi que l'a expliqué Broca. Ces cavités n'auront alors pour paroi que les éléments mêmes du tissu ambiant. Cette hypothèse s'accorde également avec la marche clinique de l'affection et l'explique. Nous verrons, en effet, plus loin, que lorsque la tumeur vient à s'accroître, elle peut, en quelques jours, faire de rapides progrès. Nous croyons pour notre part que cette extension brusque peut s'expliquer par l'action dissociante du sang sur les éléments de l'organe qui ne sont plus préservés de son contact par les parois vasculaires naturelles. Il agit donc d'autant plus rapidement que la cause occasionnelle de l'accroissement, traumatique ou autre, aura rompu un plus grand nombre de capillaires dilatés.

Que devient cependant la muqueuse de l'organe ? Si nous nous reportons aux examens microscopiques de trois de ces tumeurs, examens que nous citons plus loin (obs. I, II, III), nous voyons qu'elle subit d'importantes modifications sans cependant être entièrement détruite. On peut même la retrouver intacte en certains points. Les cellules épithéliales comprimées subissent des déformations variables ; elles sont serrées les unes contre les autres, aplaties, placées parallèlement à la surface de la tumeur (obs. I). Les papilles ont perdu leur aspect normal, elles sont déformées, déviées. D'après M. Cornil (obs. II), on en rencontrerait qui sont hypertrophiées, et dans leur intérieur on peut apercevoir des dilatations vasculaires formées aux dépens des capillaires. Elles ne sont

donc pas toutes entièrement détruites. Ne pourrait-on pas expliquer la conservation de la sensibilité spéciale de l'organe notée dans les observations I et IV par l'état d'intégrité de ces papilles ?

Le derme subit également des changements notables. Il est épaissi, et ainsi que le dit M. Suzanne (obs. I), fibroïde et notablement hypertrophié. On reconnaît, en effet, qu'il est formé par des fibres de tissu conjonctif très serrées.

Les vaisseaux qu'il renferme remplis de sang présentent toutes les variations de forme et de volume dans leurs dilatations, en même temps que leurs parois altérées dans leur structure semblent disparaître.

Quant au tissu musculaire de l'organe, il ne paraît pas sensiblement atteint dans sa constitution ; il présente cependant une légère atrophie.

Nous n'avons trouvé, dans aucune des observations relatées, qu'il fût fait mention des filets nerveux qui viennent s'épanouir en si grand nombre à la surface de l'organe. Il serait cependant intéressant de savoir ce qu'ils deviennent au milieu de ces altérations. Pour nous, nous pensons qu'ils ne doivent pas être atteints puisque l'on a reconnu que la sensibilité gustative n'était pas détruite, ni même diminuée sur les points de l'organe enveloppés dans la tumeur.

CHAPITRE III

Symptomatologie. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

---

§ I. — SYMPTOMATOLOGIE

Les angiômes de la langue présentent des symptômes variables avec la période à laquelle la tumeur est parvenue. Nous les suivrons donc dans les phases diverses de la maladie, ce qui nous permettra d'étudier en même temps sa marche.

Le plus souvent les malades ignorent l'existence de leur mal ; aussi ne viennent-ils réclamer les secours de l'art que lorsqu'il est arrivé à une période déjà avancée, lorsque la gêne qu'il occasionne ou les accidents, graves quelquefois, qui se produisent, ne leur permettent plus de le supporter.

On peut cependant assister aux débuts de la maladie.

L'angiôme apparaît en général sous l'aspect d'une petite tache, à laquelle les anciens avaient donné le nom de *nœvus maternus,* dont la couleur peut varier du rouge vif au violet foncé, naturellement ou sous l'influence des cris, des efforts. Elle ne forme pas encore de saillie sensible.

Comme nous l'avons vu, un grand nombre demeurent ainsi stationnaires pendant toute la vie du sujet, n'amenant avec eux aucun inconvénient. On en a vu disparaître spontanément sans laisser de traces (Vidal. Depaul).

D'autrefois ils progressent lentement ou par saccades (obs. II), suivant l'organe dans son développement (obs. I) ; ou bien, après

être restés plus ou moins longtemps stationnaires (obs. I, IV, V, VII, VIII et XII), sous l'influence de causes diverses, telles que des traumatismes même légers, la grossesse, la menstruation, une maladie grave (Bœckel), quelquefois sans aucune cause apparente, la tumeur s'accroît brusquement pendant quelque temps, soit pour demeurer encore dans cet état en attendant une nouvelle poussée, soit pour continuer sa marche envahissante, tantôt lente, tantôt rapide.

Si l'on examine une tumeur parvenue à cette période d'évolution, on trouve en un point quelconque de la langue une masse offrant une coloration « variant du rouge de la fraise ou de la framboise au rouge bleuâtre » (Demarquay), grisâtre en certains points où la lésion est moins avancée (obs. I). Cette masse dont la forme peut varier est généralement ovoïde, aplatie et étalée en surface, quelquefois pédiculée (obs. XVII), le plus souvent adhérente par sa base à l'organe. Tantôt elle est bien circonscrite, tantôt diffuse elle pousse des prolongements dans le tissu environnant, se confondant insensiblement avec les parties saines. Elle peut occuper une étendue plus ou moins considérable de la langue et même se propager aux régions avoisinantes, atteindre successivement les gencives, la partie interne des joues, la voûte palatine, les amygdales, le plancher de la bouche et faire irruption au dehors (obs. V).

Le volume que peuvent acquérir les angiômes même circonscrits nettement et limités à la langue, peut varier de la grosseur d'un grain de blé à celui d'un œuf de poule.

Certaines de ces tumeurs sont lisses, d'autres présentent à leur surface des dilatations vasculaires tortueuses et saillantes, des bosselures, des irrégularités séparées par des sillons plus ou moins profonds. En certains points, ou voit tantôt des papilles hypertrophiées qui les hérissent de petits mamelons irrégulièrement placés d'un rouge vif ou bien bleuâtres ; tantôt, au contraire, ces papilles sont notablement diminuées de volume (obs. I).

Au toucher, la sensation que l'on éprouve varie. La tumeur peut être molle et élastique, fluctuante en certains points, rénittente dans d'autres. Elle peut présenter des petits noyaux indurés non doulou-

reux à la pression et qui ne sont autre chose que des concrétions veineuses appelées phlébolithes (obs. I et V). Elle est habituellement compressible ; le sang qu'elle renferme est refoulé ; son tissu devient pâle et décoloré.

La tumeur revient ensuite lentement à sa couleur et à son volume primitif. « Il est des cas cependant où cette disparition ne peut être parfaite, dit M. Demarquay, en raison du développement exubérant qu'ont pris les tissus conjonctifs et graisseux intervasculaires. » Est-ce à cette cause qu'il faut attribuer la non-réductibilité de la tumeur indiquée (obs. X)? Lorsque le malade est sous le coup d'une émotion, s'il pousse des cris, s'il parle, s'il se livre avec force à un travail quelconque, quelquefois même par le simple mouvement de l'expiration, la tumeur se gonfle, devient turgescente, plus colorée, dure. De même si l'on comprime la langue en arrière de la tumeur, on voit celle-ci augmenter de volume.

En dehors de ces circonstances, on peut voir les mêmes phénomènes se produire sous l'influence des règles (obs. IX) et des mouvements prolongés de la langue. Elle peut même alors devenir le siège d'un sentiment de tension, de pesanteur, de gêne et même d'un peu de douleur (obs. IX et X). En saisissant la langue entre les doigts, on peut sentir quelquefois des battements ou des pulsations d'une manière évidente (obs. XI). Cependant, d'après M. Backel, les angiômes pulsatiles seraient des plus rares.

Enfin ces tumeurs sont rarement douloureuses ; nous n'avons relevé que deux cas dans lesquels ce symptôme ait été observé.

Lorsque la maladie est enfin arrivée à son complet développement, sous l'influence des progrès de la tumeur ou d'irritations répétées, la muqueuse qui la recouvre est ulcérée ou détruite, les vaisseaux sont mis à nu. Des traumatismes tels que des morsures, de simples piqûres, le frottement de la tumeur sur des dents carriées, déterminent des hémorrhagies difficiles à réprimer, se renouvelant fréquemment et qui mettent les jours du malade en danger (obs. XVI).

Si la tumeur siège à la base de la langue, elle peut par son développement amener des phénomènes asphyxiques.

Les autres troubles fonctionnels déterminés par ces tumeurs ne sont pas ordinairement en rapport avec leurs dimensions. Celui qui a été le plus fréquemment observé, c'est l'embarras de la parole ; nous l'avons relevé dans presque tous les cas.

La déglutition, la mastication peuvent être également gênées, ainsi que l'expuition (obs. VIII). On a noté une augmentation de la sécrétion salivaire au moment de la turgescence de la tumeur (obs. V). Nous croyons qu'on peut expliquer ce phénomène chez ce malade par la plus grande activité de la circulation dans les glandes sous-maxillaires atteintes. Les résultats que C. Bernard avait obtenu par la section de la corde du tympan se trouvaient réalisés ici par un phénomène pathologique.

La sensibilité gustative ne semble pas être atteinte malgré l'étendue de la tumeur; du moins l'exemple cité par M. Fairlie Clarke permet de le croire, ainsi que l'observation I.

Enfin les fonctions digestives ne sont pas troublées habituellement, et ce n'est que vers les périodes ultimes de la maladie que l'on observe des symptômes généraux en rapport avec les pertes de sang abondantes et les troubles de la nutrition, qui terminent cette scène pathologique en même temps que la vie du malade.

Tels sont les symptômes divers que peuvent présenter les angiômes de la langue dans leurs nombreuses manifestations.

Mais là ne se bornent pas les indications que fournit l'examen de ces tumeurs.

L'étude de leur marche est aussi importante.

Nous avons vu, en effet, qu'un grand nombre demeuraient stationnaires, les unes pendant toute la vie du sujet, les autres pendant une période de temps plus ou moins longue.

Celles-ci, sous l'influence des causes que nous avons signalées, prennent tout à coup un développement excessif; les vaisseaux distendus par le sang se dilatent, poussent des prolongements qui accroissent d'autant la tumeur. Sous l'effet de cette distension, les parois des vaisseaux déjà modifiées dans leur constitution intime s'amincissent, s'usent, se rompent et donnent lieu alors aux hémorrhagies redoutables que nous avons signalées.

Puis cette marche en avant se ralentit et quelquefois s'arrête, mais la tumeur reste maîtresse du terrain nouveau qu'elle a envahi; elle ne rétrocède pas.

Comme l'indiquait dans une de ses dernières cliniques M. le professeur Lanelongue, cet accroissement subit dans une tumeur restée longtemps stationnaire et la production des hémorrhagies donnent au pronostic les caractères les plus fâcheux.

Le cas de la jeune fille opérée par M. le professeur Lanelongue, dont nous donnons plus loin l'observation, en est un exemple manifeste, puisque en quelques jours, après une première hémorrhagie, la tumeur limitée à un seul côté de la langue avait envahi la plus grande partie de l'organe, ne laissant intacte qu'une simple bande de tissus.

C'est dans ces cas, et avant que le mal n'ait fait de plus grands progrès, que le chirurgien devra intervenir sans hésiter et promptement.

§ II. — DIAGNOSTIC

Les tumeurs qui peuvent avoir pour siège la langue sont assez nombreuses, et peuvent être divisées en deux ordres : les tumeurs solides et les tumeurs liquides.

Nous allons rechercher quels signes permettront de les reconnaître et de les distinguer des angiômes de la langue.

Les tumeurs solides qui peuvent frapper la langue sont les fibromes, les gommes syphilitiques de la langue, le cancer.

Le caractère solide de ces tumeurs devrait suffire pour permettre d'établir une distinction entre eux et les angiômes de la langue, mais certaines analogies qu'elles présentent quelquefois avec ceux-ci obligent à tenir compte des autres caractères qu'elles peuvent présenter.

Ainsi les fibromes offrent quelquefois une mollesse qui pourrait donner la sensation de fluctuation. Sous l'influence d'irritations fréquentes, ils peuvent s'ulcérer, et grâce à leur réseau vasculaire, être

sujets à d'abondantes hémorrhagies (Demarquay), qui pourraient à première vue faire croire à une tumeur érectile.

Mais si l'on a présent à l'esprit l'origine presque toujours congénitale de l'angiôme, les variations de consistance qu'il présente sous l'influence des causes que nous avons indiquées, enfin surtout sa réductibilité par la compression, l'erreur ne sera plus permise.

La couleur rouge ou violacée des tubercules syphilitiques pourrait inspirer quelquefois des doutes que lèveront certainement un examen plus approfondi, la constatation de la gêne plus ou moins grande des fonctions de la langue, de la date d'apparition de la maladie, les antécédents du malade, enfin le traitement spécifique. D'ailleurs il est rare qu'ils donnent lieu à des hémorrhagies.

L'épithélioma de la langue pourra-t-il être confondu avec l'angiôme? « Il est vrai, dit M. le professeur Lanelongue, que certaines tumeurs de mauvaise nature devenues très vasculaires peuvent être réductibles. Mais ces tumeurs malignes vasculaires sont rares à la langue, et lorsqu'elles se développent, leur réduction est toujours accompagnée d'un bruit de souffle plus ou moins accusé. » (*Gazette hebd. des Sciences médicales* , n° 20 — 1886).

Et puis si le suintement sanguin qui se fait à la surface de la tumeur, si les hémorrhagies qui se produisent pouvaient faire douter un instant, combien de signes n'avons-nous pas qui nous permettront de faire aisément le diagnostic.

Trouve-t-on dans l'angiôme cette surface grisâtre, couverte de petits bourgeons charnus, saignant au moindre contact?

La base de l'angiôme est-elle indurée ainsi que cela se rencontre dans l'épithélioma? On ne trouve pas cette impotence fonctionnelle, signe remarquable du cancer, que signalait M. le professeur Lanelongue : « La langue est immobile et comme collée au plancher de la bouche, ce fait ne se retrouve que dans le cancer, il ne se produit jamais dans les autres maladies de la langue. » (Lanelongue. *Loc. cit.)*.

Le palper permet de reconnaître dans les cas de cancer la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, qui n'a jamais été observée dans l'angiôme.

Enfin le début récent de la maladie, sa marche rapide, les douleurs, la gêne fonctionnelle, l'état général si caractéristique du malade, sa pâleur ou plutôt cette teinte jaune paille, tels sont, pour ne citer que les plus remarquables, les indices qui viendront éclairer le diagnostic.

Il nous reste maintenant à exposer les signes qui permettent de distinguer les angiômes des autres tumeurs liquides de la langue.

Pour procéder avec ordre, nous diviserons les tumeurs liquides en deux classes : les tumeurs liquides non vasculaires et les tumeurs liquides vasculaires.

Ce ne sont pas habituellement les tumeurs liquides non vasculaires de la langue qui présentent habituellement le plus de difficulté pour le diagnostic.

Nous ne trouvons en effet dans cette première classe que les lipomes et les kystes.

Les lipomes peuvent être quelquefois congénitaux, présenter une fausse fluctuation, mais nous ne croyons pas que ces signes puissent induire en erreur; dans tous les cas, leur non réductibilité permettra de l'éviter.

Quant aux kystes : « parvenus à un certain degré de développement, ils soulèvent la muqueuse, la distendent et l'irritent, et peuvent offrir une coloration foncée, grâce aux dilatations vasculaires qui se sont peu à peu formées. Mais le défaut absolu de réductibilité permettra de faire le diagnostic. » (Lanelongue. *Loc. cit.)*.

Restent les tumeurs liquides vasculaires, telles que les anévrysmes diffus et les anévrismes circonscrits.

Les uns et les autres sont d'abord très rares, et l'on devra se souvenir que la plupart des anévrysmes de la langue sont dus à des traumatismes.

L'angiôme se développe avec lenteur au moins dans les premières périodes, la marche de l'anévrysme est au contraire assez rapide; il offre la sensation d'un léger frémissement, des battements isochrones à ceux du cœur, l'expansion jointe au souffle, faits des plus rares dans l'angiôme.

Enfin dans l'angiôme la muqueuse est atteinte, présente une

coloration rouge plus ou moins foncée; sa surface est bosselée, irrégulière; dans l'anévrysme, au contraire, la muqueuse est intacte, elle ne change pas de couleur et sa surface n'est pas modifiée.

Lors donc que nous nous trouverons en présence d'une tumeur siégeant sur la langue, d'une coloration variant du rouge vif au rouge violacé, molle, fluctuante, indolente, présentant quelquefois de petits noyaux indurés non douloureux, des varicosités tortueuses à sa surface; que cette tumeur augmentera de volume sous l'influence du mouvement, des cris, des efforts ou de toute autre cause exagérant la pression sanguine dans le système circulatoire local ou général; qu'elle sera réductible par une pression plus ou moins prolongée pour revenir ensuite à son état primitif; que les troubles fonctionnels seront nuls ou presque nuls; si enfin malgré une lésion assez avancée l'état général est bon, nous pourrons dire que nous avons affaire à un angiôme de la langue.

§ III. — FRÉQUENCE. — SIÈGE. — PRONOSTIC

(a) *Fréquence.* — Cette affection n'est pas très rare bien que les cas rapportés dans la science ne soient pas nombreux. Les uns ont été découverts fortuitement en examinant les malades ; les autres par leurs progrès et les accidents qu'ils déterminaient ont inquiété les malades et les ont amenés à se faire traiter. Un bon nombre passe donc ainsi inaperçu.

(b) *Siège.* — Quant au siège qu'ils peuvent occuper, il est très variable. Bien que M. Arragon indique la base de l'organe, les indications fournies par les observations ne permettent pas de leur assigner un point de développement plus habituel. Situés tantôt d'un coté, tantôt de l'autre, à des distances variables de la pointe de la langue, ils peuvent siéger à la face inférieure, à la face supérieure, vers l'extrémité libre aussi bien que vers la base.

Au point de vue du siège histologique, ils sont le plus souvent sous-muqueux ; les plexus formés par les artères et les veines expliquent la fréquence de leur production à ce niveau.

(c) *Pronostic.*— Les symptômes que nous avons étudiés plus haut, la marche que suit cette affection, nous permettent d'envisager le pronostic qui doit être porté lorsqu'on se trouve en sa présence.

Beaucoup de ces angiômes qui n'occasionnent au malade aucune gêne, aucune souffrance, qui ne présentent aucune ulcération, ne déterminent aucune hémorrhagie, restent le plus souvent stationnaires et peuvent persister ainsi pendant toute la durée de la vie du porteur; mais il faut se souvenir que si le danger n'existe pas pour le présent, il peut se produire à l'improviste sous l'influence de la moindre irritation ou de l'une quelconque des causes que nous avons indiquées plus haut et qui peuvent donner un coup de fouet à la maladie.

D'autres s'accroissent sans cesse et la muqueuse est détruite peu à peu par les progrès de la tumeur. A ce moment leur marche devient plus rapide, ils envahissent la plus grande partie de l'organe, dépassent quelquefois ces limites pour envahir les joues, les lèvres, toute la cavité buccale (obs. III), la face elle-même. C'est alors que la moindre piqûre, le plus léger traumatisme peuvent donner lieu à des hémorrhagies qui mettent en danger les jours du malade ou bien quelquefois l'hypertrophie de la langue le tient sous le coup d'une asphyxie imminente.

« D'autrefois la tumeur peut se remplir de caillots et se gangrène ou subit la fonte purulente. Si le malade résiste aux accidents qui en résultent, il est au moins guéri de son affection. » (Bœckel).

On a également signalé la transformation fibreuse des angiômes. Elle s'observerait à la suite d'inflammations chirurgicales ou spontanées. Elles déterminent un travail cicatriciel qui amène l'hypertrophie du tissu conjonctif, la compression des vaisseaux bientôt suivie de leur occlusion complète (Bœckel).

Il existe encore un autre mode de terminaison spontanée que nous ne pouvons passer sous silence.

Les modifications de circulation qui se produisent dans les aréoles de la tumeur, le frottement, le ralentissement du courant sanguin, sa stagnation, déterminent la formation de caillots étendus qui suivent, dans leurs évolutions successives, la même marche vers

l'organisation que les caillots des plaies vasculaires si bien décrite par M. le professeur Picot.

Pour compléter enfin l'étude des divers modes de terminaison des angiômes, nous devons dire que, quelquefois, les communications entre les cavités formées dans le tissu érectile et gorgées de sang s'oblitèrent soit par l'hypertrophie du tissu conjonctif, soit par la formation de petits caillots thrombosiques dans les parties rétrécies des capillaires dilatés. Il se forme ainsi des kystes primitivement hematiques qui deviennent ensuite séreux par suite de transformations successives.

§ IV. — TRAITEMENT

De nombreuses méthodes de traitement ont été imaginées pour la cure des angiômes. Mais leur nombre même prouve l'inefficacité de la plupart d'entr'elles.

En outre, plusieurs, applicables aux tumeurs répandues dans d'autres points du corps ne le sont point à celles qui siègent à la langue.

Pour plus de clarté nous rangerons ces divers procédés, avec M. le professeur Lanelongue (de Bordeaux), sous trois chefs principaux :

1° L'extirpation radicale ;

2° Diminution de l'apport du sang ;

3° Détermination d'une inflammation destructive.

Nous allons d'abord les exposer, nous dirons ensuite quels sont les principes qui doivent diriger dans le choix de la méthode.

I. — EXTIRPATION RADICALE

C'est le procédé le plus sûr et le plus rapide quand la tumeur quoique volumineuse est assez bien limitée.

On évitera les hémorrhagies en suivant la recommandation de J.-L. Petit d'empiéter un peu sur les tissus sains.

Plusieurs procédés opératoires sont en honneur dont le chirur-

gien pourra faire usage, suivant les modifications que présentera la tumeur.

(a) *Les agents caustiques.* — Ils sont nombreux, cependant un petit nombre seul peut être utilisé pour détruire les angiômes situés sur la langue.

On a employé le nitrate d'argent ; mais son action est lente, peu active, souvent inefficace.

Nous croyons l'acide azotique dangereux, parce que son action est difficile à régulariser, par suite de son état liquide.

Nous citerons encore la potasse caustique, la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin dont on peut également faire usage. Cette dernière substance a donné plusieurs fois des succès entre les mains de M. Maisonneuve.

La méthode consiste à enfoncer des flèches de pâte de Canquoin dans le centre et à la périphérie de la tumeur. Ces flèches doivent être coniques pour la cautérisation circulaire et fusiformes pour la cautérisation centrale. Un temps généralement assez court est nécessaire pour produire la désorganisation de la tumeur.

(b) La galvanocaustie thermique est une excellente méthode qui détrônerait toutes les autres, dit M. Bœckel, si les instruments qu'elle nécessite n'étaient si compliqués et si coûteux.

Elle présente l'avantage de cautériser les tissus en même temps qu'elle les divise. On peut la patiquer au moyen du couteau ou de l'anse galvanique. C'est principalement le couteau de M. de Seré, porté à la température de 600°, qui aurait donné les meilleurs résultats entre les mains de M. Demarquay (Jamain). A une température plus élevée, il ne peut servir pour les tumeurs vasculaires, car les vaisseaux restent béants.

Si l'on craignait une hémorrhagie, on pourrait par mesure de précaution étreindre la tumeur dans une ligature préalable.

(c) *Ligature de la tumeur.* — Les divers procédés de ligature relèvent de deux principes : la ligature lente ou progressive et la ligature extemporanée.

1. — La ligature lente ou progressive, applicable par plusieurs procédés, est presque abandonnée aujourd'hui, par suite de la lenteur

de l'action, de la douleur violente qu'ils déterminent, et surtout par le danger d'intoxication putride auxquels ils exposent les malades (Demarquay).

2. — La ligature extemporanée, méthode toute moderne, entièrement transformée par M. Chassaignac, au moyen de l'écraseur linéaire, ce qui lui a fait donner le nom de méthode d'écrasement linéaire, donne tous les jours les plus brillants résultats. Elle est applicable aux angiômes de la langue, même à ceux présentant une base étendue. Nous en avons un exemple dans l'observation I.

(d) *Ablation par l'instrument tranchant.* — Cette méthode n'est habituellement employée que pour les tumeurs de petite dimension et bien circonscrites.

Pour l'appliquer, on saisit la langue avec une érigne, on l'attire au dehors et si la tumeur est de petite dimension, située sur un des bords latéraux de la langue, on la circonscrit avec des ciseaux, en ayant soin de prendre un peu sur le tissu sain. On évite ainsi les chances d'hémorrhagie. Si elle siège sur la pointe de la langue, on peut, comme Louis, la séparer par une incision transversale ; ou bien, ainsi que le faisait Boyer, la comprendre entre les branches d'un V dont la pointe serait dirigée en arrière. On réunit les bords de la solution de continuité par quelques points de suture, et si une petite hémorrhagie s'était produite, elle s'arrête le plus souvent assez vite par ce moyen. Il est des cas cependant où ce procédé opératoire n'a pas abouti. Tel est celui que rapporte M. O. Foucher, dans lequel M. Deguise fut obligé de faire la ligature de la linguale.

II. — DIMINUTION DE L'APPORT DU SANG

La compression, la réfrigération, les astringents ont été employés pour diminuer le calibre des vaisseaux et l'afflux sanguin dans les angiômes. Mais, outre que parmi ces moyens, les uns, comme la compression, les astringents sont d'une application difficile, les autres, comme la réfrigération, sont, croyons-nous, d'une efficacité douteuse.

Les seuls procédés vraiment utiles sont les ligatures ; encore faut-il s'adresser aux troncs artériels et non pas aux branches, car les collatérales rétablissent bientôt la circulation et tout est à recommencer.

C'est donc au tronc de la linguale que l'on devra s'adresser ici, pourvu toutefois que la tumeur soit limitée à la langue. Si elle avait envahi les régions avoisinantes, et que son étendue n'offrît plus de prise à un traitement direct, ce n'est plus à la linguale, mais aux troncs des carotides qu'il faudrait s'adresser.

« Ce moyen thérapeutique, dit M. Bœckel, outre qu'il est dangereux est loin d'être certain..... Il doit être conservé pour les cas extrêmes. Mais au lieu de lier la carotide primitive, on se bornera à lier la carotide externe à l'exemple de Maisonneuve, de Richet, de Bruns ; par là on évitera au moins les accidents cérébraux qui sont l'une des complications les plus fréquentes et les plus redoutables à la suite de ces opérations. » *(Nouv. Dict. de méd. et de chir. — Art. Tumeurs érectiles.)*

III. — DÉTERMINATION DE L'INFLAMMATION

On a cherché à la déterminer par la vaccination, les sétons multiples, l'acupuncture, la galvanopuncture. Nous croyons que tous ces procédés sont difficiles à appliquer et mal supportés par les malades.

Que penser du cas de M. Brown (obs. XI), et du résultat fortuit obtenu par un traitement qui ne s'adressait nullement à la tumeur. Serait-il permis de l'essayer ? Nous ne le pensons pas. Car en outre de ce que les accidents de stomatite mercurielle sont parfois assez longs à se produire, malgré un usage prolongé des sels de mercure, ils déterminent d'autrefois des accidents trop graves pour ériger cette méthode en traitement.

Des injections de substances diverses, telles que le perchlorure de fer, l'acide acétique, citrique, tannique, la teinture d'iode ont été également employées pour amener en même temps la coagulation du sang.

Mais ces divers moyens applicables à des tumeurs siégeant à la

surface cutanée, ne sont pas facilement applicables aux angiômes de la langue. De plus, les injections de substances irritantes ou coagulantes ne sauraient être employées sans danger dans ces tumeurs caverneuses formées de vastes lacs sanguins, communiquant par des veines dilatées avec la circulation générale. « Les caillots flottants dans ces cavités, dit M. le professeur Lanelongue, peu adhérents aux vaisseaux, peuvent se détacher et former des embolies mortelles. » *(Loc. cit.)*

De l'étude que nous venons de faire, quelles indications devons-nous tirer pour le traitement des angiômes de la langue?

Bien des méthodes, comme nous l'avons vu, ont été préconisées par leurs auteurs et par les chirurgiens auxquels leur emploi a procuré des succès.

Le chirurgien sera donc libre de choisir celle qui lui inspirera le plus de confiance et qui répondra le mieux aux besoins de la situation. Le point important est de déterminer le moment où son intervention deviendra nécessaire.

Or, nous pensons, avec M. Bœckel, que l'étendue et la marche de l'affection surtout doivent guider le chirurgien dans ces circonstances.

Si donc on se trouve en présence d'une tumeur érectile, peu volumineuse, stationnaire, rien ne presse; on pourra l'abandonner à elle-même, jusqu'au jour où, dessinant sa marche, elle commencera à manifester des tendances envahissantes, lorsque se produiront des hémorrhagies. Le moment d'agir sera venu, et sans hésiter, on devra recourir à la plus simple et la plus rapide des méthodes que nous avons indiquée, à l'extirpation radicale.

On arrêtera ainsi les progrès de la tumeur; le mal sera supprimé et l'on n'aura pas à courir les chances diverses auxquelles exposent les autres procédés, tels que les injections irritantes qui, souvent loin de détruire la tumeur, peuvent au contraire accélérer sa marche.

Parmi les procédés d'extirpation radicale, ce serait la galvanocaustie thermique ou à l'écrasement linéaire que nous aurions recours. Ce sont, en effet, les deux dont on doit espérer le plus de

succès, sans avoir à redouter les dangers que présentent les autres méthodes de traitement.

Pour pratiquer l'écrasement linéaire, on commence par attirer fortement la langue hors de la bouche. Puis l'ayant solidement fixée, on la transperce avec une aiguille portant un double fil, aux extrémités duquel se trouve attachée une chaîne d'écraseur, à laquelle on donne la position nécessitée par la tumeur. On serre progressivement et très lentement environ toutes les deux ou trois minutes. Il est rare que, dans ces conditions, il se produise une hémorrhagie ; dans tous les cas, si elle avait lieu, comme l'on a eu soin d'établir la ligne de section dans les tissus sains, on pourrait la réprimer facilement au moyen soit du thermocautère, soit de la ligature.

La guérison ne se fait pas longtemps attendre, et dans tous les cas où elle a été pratiquée, les résultats de l'opération ont été des meilleurs. Les malades ont rapidement guéri, et les fonctions de la langue n'ont pas été gravement compromises.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. le professeur LANELONGUE, par M. SUZANNE, interne du service.

Angiôme caverneux de la face dorsale de la langue.

E... L..., jeune femme âgée de 27 ans, exerçant la profession de marchande, entre le 16 février 1886 à l'Hôpital Saint-André, salle 8, n° 4, service de M. le professeur Lanelongue, pour une grosseur qu'elle porte à la langue depuis sa naissance.

Antécédents héréditaires et personnels : Le père et la mère de la malade sont bien portants ; elle a six frères ou sœurs qui sont en bonne santé ; en outre, aucun membre de sa famille n'est porteur de tumeurs analogues. Quant à la malade, elle n'a jamais eu de maladies sérieuses ; elle est mariée, a plusieurs enfants, et ceux-ci sont indemnes de tumeurs semblables.

D'après le récit de la malade, nous apprenons que la tumeur qu'elle porte sur la langue existe depuis sa naissance ; elle a toujours été volumineuse, jamais elle n'a eu d'augmentation rapide de volume et elle a grossi d'une manière insensible, suivant avec l'âge, dans son développement, l'accroissement progressif de l'organe.

La coloration de la tumeur a toujours été violacée, jamais elle n'a donné lieu à des douleurs, et la malade nous affirme qu'elle n'a jamais éprouvé aucune gêne dans les fonctions de la mastication, de la déglutition et de la respiration. Seule la phonation est un peu modifiée ; la malade blaise légèrement. Quant à la gustation, elle est absolument intacte, et la malade affirme, d'une façon bien catégorique, que sa langue est aussi bien impressionnée par les substances sapides dans sa partie gauche, que dans sa partie droite.

Il y a environ trois semaines, ajoute la malade, elle s'est piquée la langue pendant son repas avec une croûte de pain, et il en est résulté une hémorrhagie fort abondante.

Elle a duré de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et elle n'a cessé qu'à l'aide d'application de tampons d'amadou, imbibés de perchlorure de fer et appliqués sur la piqûre. Le sang qui sortait de la tumeur avait une couleur rutilante ; il ressemblait, dit la malade, à celui des épistaxis. Son écoulement se faisait en nappe et non en jet.

Tels sont les renseignements qui nous sont fournis d'une manière fort précise par la malade elle-même. Quant à l'état actuel, voici ce que l'examen clinique nous permet de constater :

Sur la moitié gauche de la langue, et faisant saillie sur la face dorsale de l'organe, on remarque une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, et ayant dans son ensemble une coloration violacée. Examinée plus attentivement, on remarque que la coloration n'est pas uniforme dans tous les points de la la surface : En effet, la muqueuse offre par places une coloration rouge plus intense, tandis que dans d'autres points, elle est légèrement grisâtre. Dans les endroits où la coloration rouge est plus marquée, la muqueuse est lisse, luisante et totalement dépapillée ; on voit au contraire des papilles, mais notablement diminuées de volume dans les points grisâtres.

La surface de la tumeur n'est point régulière, elle présente des irrégularités et des bosselures nombreuses, ayant le volume d'un pois ou d'une noisette. Très nettement limitée à la langue, elle en occupe la pointe, le bord gauche, la face dorsale et la face inférieure, mais elle n'envahit pas le plancher de la bouche. Le 16 février, la tumeur était nettement limitée à la ligne médiane qu'elle ne débordait pas sur la droite ; tout à l'heure, nous verrons que dans les jours qui avaient précédé l'opération, elle avait considérablement augmenté de volume. La consistance générale de la tumeur était molle, mais elle n'était pas uniforme dans toute son étendue, fluctuante dans certains endroits, rénittente dans d'autres, elle présentait dans quelques points, et surtout vers la pointe de l'organe, des noyaux indurés, résistants, semblables à de petites pierres, et ayant le volume d'un petit pois ; dans d'autres régions, on trouve aussi des corpuscules un peu durs, mais n'ayant pas une résistance aussi grande et un volume aussi notable.

A la suite d'une pression un peu prolongée, la tumeur est réductible dans une certaine mesure; toutefois, elle ne disparaît pas complètement. On ne sent pas l'existence du moindre battement, et l'auscultation ne révèle aucun soufle. La malade dit qu'elle a constaté plusieurs fois une augmentation de volume de la tumeur, à la suite d'un effort.

Les régions voisines sont indemnes de lésions du même genre, et, quant au fonctionnement des organes splanchniques, il se fait avec la plus grande régularité. Comme nous l'avons dit au début de notre observation, les fonctions de la langue ne sont nullement troublées.

Dans les jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'Hôpital, la tumeur augmenta considérablement de volume, elle dépassa la ligne médiane, envahit le côté droit, et le 24 février, on n'observait sur cette partie de l'organe qu'une petite bande de tissu sain, ayant environ un centimètre de largeur.

En face des progrès aussi rapides de la tumeur, l'opération fut jugée nécessaire par M. le professeur Lanelongue, le jeudi 25 février 1886.

La malade fut anesthésiée par le chloroforme, puis, avec une aiguille de Deschamps, courbe de gauche à droite, et acérée à son extrémité, la langue est perforée au delà de la tumeur.

L'aiguille est munie d'un double fil de soie, et après la perforation de la langue, à chaque extrémité du fil, on attache une chaîne d'écraseur, et on leur donne la situation suivante : l'une va transversalement en arrière de la tumeur, l'autre a une direction antéro-postérieure, et passe un peu en dehors du bord droit de la tumeur. On circonscrit cette dernière à l'aide de la pince à phimosis de Ricord, puis on serre progressivement les chaînes de l'écraseur. L'opération dure environ 45 minutes.

Après l'amputation, il se fait un léger suintement sanguin. On cautérise alors légèrement la surface cruentée avec le thermocautère.

Les suites opératoires furent des plus simples et rapidement la malade arriva à une guérison complète.

Le bourgeonnement de la langue avait été si prononcé, que lorsque la cicatrisation complète a été terminée, il n'y avait qu'une très légère perte de substance sur le côté gauche.

Examen anatomo-pathologique de la tumeur

Pratiqué par M. SUZANNE, interne des hôpitaux.

Après son ablation, toujours munie de la pince de Ricord, qui la circonscrivait pendant l'opération, la tumeur est plongée dans l'alcool absolu, afin d'avoir une injection naturelle de l'angiôme, par la coagulation du sang qu'il renfermait dans ses mailles. Au bout de 48 heures, la tumeur a pris assez de consistance pour qu'on puisse la fragmenter en petits cubes de un centimètre de côté. (Durcissement d'une partie de la tumeur par l'alcool absolu, l'autre par la gomme et l'alcool).

A la coupe, les caractères macroscopiques de la tumeur, sont les suivants :

Dans le centre de la tumeur, le tissu de la langue paraît avoir complètement disparu, et on n'en retrouve de très petits îlots qu'au voisinage du tissu sain ; à peu près dans tous les points, la muqueuse linguale paraît détruite et passée à l'état de capsule fibreux. Quant à la tumeur, elle est constituée dans toute son étendue et surtout dans sa portion centrale, par des mailles larges de volume et de forme très irréguliers et à parois grisâtres très minces. Elles sont remplies par une substance noirâtre qui s'émiette facilement.

A sa périphérie, la tumeur ne se limite pas nettement, on voit au contraire qu'elle envoie des prolongements étroits mais assez nombreux dans les interstices musculaires.

Pendant qu'on segmente la tumeur, plusieurs fois le scalpel rencontre des corps durs, résistants, et faciles à énucléer. Après leur énucléation, il est aisé de

reconnaître que ces corps, de coloration blanc-jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de millet, d'un petit pois, sont constitués par une matière crétacée ; ces phlébolithes sont au nombre de quatre à six.

Des coupes pratiquées dans différentes régions et colorées à l'aide de l'éosine et du picro-carminate d'ammoniaque, nous permettent de voir les détails suivants :

A un très faible grossissement, la tumeur paraît constituée par des mailles de volume et de forme tout à fait irréguliers, qui sont remplies par une substance brunâtre, finement granuleuse, au milieu de laquelle se trouvent épars un grand nombre de petits blocs rouge-orangé et d'apparence amorphe.

Les parois des mailles sont minces, grêles, et formées de fibres de tissu conjonctifs, réunies en faisceaux. Dans leur épaisseur on rencontre, dans une foule de points, de petits amas de fibres musculaires coupées, les unes perpendiculairement et les autres parallèlement à leur grand axe.

Entourées de tissu conjonctif ou placées dans l'épaisseur des parois dans la plupart des régions de la tumeur, ces faisceaux musculaires paraissent dans un petit nombre de points se trouver en rapport immédiat avec la substance qui est renfermée dans les mailles. Avec ce faible grossissement, il est en effet impossible de constater l'existence d'une membrane qui les séparerait du contenu des lacunes vasculaires.

A mesure qu'on se rapproche des tissus sains, les fibres musculaires de la langue rentrent pour une plus large part dans la structure des parois du réseau lacunaire et dans quelques points on voit que les fibres musculaires, légèrement écartées les unes des autres, forment des sortes de mailles très étroites, mais fort allongées, qui sont remplies par une substance tout à fait semblable à celle que nous rencontrons dans les mailles de la tumeur. Or, il est facile de voir que dans toutes les régions, toutes les aréoles sont remplies par une matière brunâtre, finement grenue, et parsemée d'un très grand nombre de petits blocs rouge-orangé, ayant une apparence amorphe, un volume et une forme complètement variables.

Parmi ces blocs, les uns sont arrondis, ovoïdes, d'autres quadrangulaires, triangulaires, ou en forme de croissant, et un assez grand nombre sont munis de petits prolongements irréguliers.

Quant au tissu normal de la langue, voici ce qu'il est devenu : La muqueuse linguale a subi des modifications considérables dans presque toute son étendue, mais elle existe, et même dans les points où elle est le plus transformée, il est très facile, pour un œil exercé, de la reconstruire complètement. De plus, il y a des points limités où on la retrouve à peu près intacte.

Dans les régions où la muqueuse paraît le plus notablement modifiée, voici ce que nous pouvons constater : les cellules épithéliales de la superficie, fortement serrées les unes contre les autres, ressemblent aux cellules cornées de l'épiderme, et forment à la surface de la tumeur une couche de revêtement absolument analogue, par ses caractères microscopiques, à celle de la peau. Les cellules de la couche profonde de la muqueuse sont déformées ; elles sont tassées les unes contre les autres, et au lieu d'être arrondies ou polyédriques, elles ont

pris une forme aplatie et sont placées parallèlement à la surface de la tumeur. Quant à la couche papillaire, elle est très modifiée ; les papilles n'ont plus leurs caractères habituels, elles ne sont plus acuminées et perpendiculaires à la surface de l'organe, comme à l'état normal. Elles sont très déformées, aplaties, diminuées de volume, et leur direction est absolument variable.

Dans quelques points, leur altération est encore plus considérable, et alors les papilles ne paraissent plus nettement délimitées ; à leur superficie, on voit une sorte de liseré rose, très sinueux, qui est le dernier vestige de la zone papillaire.

Le derme de la muqueuse est également très modifié ; son tissu n'est plus constitué par des éléments jeunes et embryonnaires, il est devenu fibroïde et paraît notablement hypertrophié et épaissi. Au milieu du derme on remarque des vaisseaux nombreux et dilatés qui sont gorgés de sang. Leurs formes sont tout à fait variables ; les uns peu volumineux sont arrondis, ovoïdes ; d'autres, au contraire, ayant un volume très considérable, sont allongés, aplatis, et ont une direction parallèle à celle de la muqueuse. Ils paraissent avoir perdu leurs caractères normaux, leurs tuniques semblent ne plus exister ; ils ont l'aspect de larges canaux creusés dans l'épaisseur du derme de la muqueuse. En un mot, ils offrent à ce faible grossissement le caractère de vastes sinus.

Dans les régions où la muqueuse est à peu près intacte, on trouve à la superficie la même couche de cellules cornées, mais les cellules profondes ne sont plus aussi déformées que dans les endroits dont nous venons de donner la description. En effet, elles ont ici un volume assez notable, elles sont granuleuses, munies de leurs noyaux, et s'enfoncent dans les espaces inter-papillaires qui pénètrent un peu moins profondément cependant dans le derme de la muqueuse. Les papilles sont courtes et un peu globuleuses ; quant au derme, il a partout la structure que nous venons de décrire.

A un fort grossissement, tous les faits que nous venons de signaler deviennent plus manifestes. Les mailles sont remplies par des globules sanguins, serrés les uns contre les autres ; au milieu des lacunes et surtout sur leurs bords, on voit des caillots fibrineux d'âges tout à fait différents, les uns ayant une coloration rouge-orangé, ont une structure finement granuleuse ; d'autres sont complètement amorphes ; quelques-uns, plus récents, présentent encore des globules sanguins.

Un petit nombre enfin est légèrement rosé, et présente des couches stratifiées d'une manière très manifeste.

Les parois des lacunes sont constituées par des fibres de tissu conjonctif réunies en minces faisceaux ; mais dans des points assez nombreux, on constate d'une manière irréfutable que les globules sanguins sont en contact immédiat avec les fibrilles musculaires sans l'interposition d'une tunique conjonctive, ni d'une tunique endothéliale. C'est surtout vers les limites de la tumeur et dans les points les plus récemment formés que nous avons remarqué ce détail. C'est avec le plus grand soin que nous avons cherché à voir si les cloisons étaient tapissées par une tunique endothéliale, dont les noyaux feraient saillie dans la cavité de la lacune. Nous ne l'avons rencontrée dans aucun point.

Quant au tissu de l'organe, nous voyons qu'il est notablement modifié, mais qu'il existe néanmoins avec tous ses caractères.

La muqueuse linguale est transformée, et à sa superficie on voit une couche épaisse de cellules cornées; dans sa partie profonde, elle offre une couche de cellules épithéliales très manifestes, mais qui sont déformées et aplaties.

La couche papillaire a perdu son aspect habituel et les papilles présentent les déformations que nous avons déjà indiquées.

Quant au derme, on voit qu'il est manifestement constitué par des fibres de tissu conjonctif très denses et très épaisses. Il renferme des vaisseaux dilatés, ayant l'aspect de sinus, et avec ce grossissement, détail que nous n'avons pu voir tout à l'heure, ils paraissent constitués par les lames fibrillaires du derme, qui au pourtour de leur canal sont un peu plus denses et un peu plus serrées. Quant aux fibres musculaires, elles n'ont subi aucune altération. Leur volume paraît un peu diminué et leurs faisceaux conjonctifs interfasciculaires, légèrement hypertrophiés. Il en est de même du tissu conjonctif de tout l'organe, qui est un peu épaissi.

Les glandes acineuses de la langue ne sont pas altérées, mais les vaisseaux qui les parcourent sont dilatés, gorgés de sang et à parois normales, n'ayant subi aucune altération.

OBSERVATION II

Angiôme de la langue. — Ablation. — Examen histologique.

(Thèse du docteur ARRAGON ; Paris, 1883.)

La nommée B..., Jeanne, âgée de quinze ans, entre le 16 janvier 1882 à la Pitié, dans le service de M. Polaillon.

Elle porte depuis sa naissance une tumeur sur le côté droit de la pointe de la langue. Lorsqu'on s'en est aperçu pour la première fois, elle ressemblait à un épaississement d'un des côtés de la langue.

La tumeur s'est, au dire de la malade et de ses parents, développée par saccades. Elle a été plus volumineuse qu'aujourd'hui, au point d'empêcher la parole. Il y a surtout quatre années que son développement a commencé. Il n'a pas coïncidé avec l'établissement des règles, car la malade n'est pas encore menstruée. Actuellement, la tumeur a le volume d'une noix aplatie. Elle est recouverte de saillies bleuâtres formées, les unes par des dilatations vasculaires, les autres par des papilles hypertrophiées. A certains moments elle augmente de volume, devient noire et douloureuse. Elle ne gêne pas les mouvements de la mastication ni ceux de la parole. Elle est d'une consistance demi-dure et ne présente pas de pulsations. Deux fois avant la rentrée de la malade à l'Hôpital, elle a donné lieu à des hémorrhagies abondandes.

Opération le 19 janvier. Guérison complète le 1er février.

Examen histologique fait par M. le professeur Cornil.

Cette tumeur examinée sur des coupes présente des papilles hypertrophiées qui sont sous l'épithélium pavimenteux de la langue.

Dans ces papilles on reconnaît des vaisseaux dilatés, soit d'une façon ovoïde, allongée, soit de forme sphéroïde et remplis de sang. Un grand nombre de papilles, qu'on observe sur une coupe, montrent ces dilatations vasculaires développées aux dépens des vaisseaux capillaires. Ces dilatations siègent presque immédiatement sous l'épithélium à la surface de la papille par leurs extrémités supérieures, puis elles se continuent dans le corps de la papille. La paroi des vaisseaux dilatés est extrêmement mince, tapissée par son endothélium et immédiatement en rapport avec le tissu conjonctif un peu aplati qui l'entoure.

A leurs extrémités terminales, ces dilatations vasculaires sont séparées de l'épithélium aminci et aplati à leur niveau par une mince couche de tissu conjonctif. Par conséquent, ces dilatations ampullaires des vaisseaux des papilles, se trouvaient situées immédiatement à la surface de la tumeur et faisaient saillie sur la muqueuse linguale. Il n'y avait pas de kystes muqueux dans la couche superficielle de la langue. Au-dessous du niveau papillaire, on trouvait des lacunes remplies par du sang, comme cela a lieu dans les tumeurs érectiles.

OBSERVATION III

(Arragon ; thèse de Paris, 1883.)

Femme de vingt-huit ans, portant sur le bord gauche de la langue une tumeur grosse comme un pois. Pas d'antécédents syphilitiques. Pas de maladies antérieures.

Description.

Cette tumeur grosse, nous l'avons dit, comme un gros pois, est couverte dans toute son étendue de saillies papillaires bleuâtres qui lui donnent l'aspect d'une petite framboise. On n'observe pas d'ulcérations sur la surface de la tumeur ; à la pression, elle donne la sensation d'une fausse fluctuation et les points bleuâtres disparaissent momentanément.

La tumeur a été enlevée au thermo-cautère par M. Le Dentu ; la malade sort guérie au bout d'une dizaine de jours. Pas de récidive, au moins connue dans le courant de cette année. La malade est revenue plusieurs fois faire constater le résultat.

Examen histologique.

Sur des coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur, obtenues après durcissement des tissus par l'action successive de l'acide osmique et de l'alcool, on voit facilement que les saillies bleuâtres de la tumeur ne sont pas autre chose que des cavités plus ou moins grandes renfermant du sang. Ces cavités sont recouvertes par le revêtement épithélial de la muqueuse linguale, revêtement qui paraît à un certain point diminué d'épaisseur. Ces cavités sanguines présentent une paroi conjonctive qui se trouve interrompue en de certains points pour livrer passage à des vaisseaux de calibre variable.

Sur plusieurs points de la tumeur, il existe des cavités qui sont juxtaposées et séparées les unes des autres par des cloisons conjonctives.

La paroi de toutes ces cavités est tapissée d'un revêtement épithélial de cellules plates dont les noyaux font saillie ; cellules analogues, du reste, à tous les endothélium vasculaires.

OBSERVATION IV

(*Diseases of the tongue,* page 50 ; F. Clarke.)

La malade était une jeune femme de vingt-cinq ans. Lorsque ses lèvres étaient fermées, on apercevait une tumeur de la grosseur d'une groseille. Si elle ouvrait la bouche, on voyait cette tumeur se prolonger sur la face interne de la joue sur une étendue de la grandeur d'une pièce de deux francs. La gencive était saine. Mais sur le côté droit de la langue on trouvait un nœvus allongé d'une couleur bleue-violet avec des points rouges très brillants. Une pression douce refoulait le sang et le tissu devenait pâle. Mais lorsque on cessait de le comprimer, il reprenait immédiatement sa couleur.

Ce nœvus avait à peu près un pouce et demi de longueur sur un pouce de large. Dans le centre de la tumeur, on remarquait des vaisseaux larges et tortueux s'élevant d'un huitième de pouce au-dessus de la surface. Sur les bords, la couleur pâlissait et se confondait insensiblement avec la partie saine de l'organe. La tumeur n'occupait que le côté droit. Au-dessous de la langue, sur le plancher de la bouche, existait un autre petit nœvus de la grosseur d'un petit pois.

Depuis aussi longtemps que pouvait se souvenir la malade, la tumeur était restée stationnaire. Cependant sa mère lui a dit que tout l'intérieur de la joue droite était occupé par la tumeur.

Elle n'occasionnait aucun trouble et n'empêchait pas la malade de manger ni de parler.

La sensibilité était également conservée à droite comme à gauche et la malade affirmait goûter les saveurs aussi bien d'un côté que de l'autre.

Quoique dans ce cas la maladie fût comparativement très étendue, elle ne donnait lieu à aucun inconvénient, et, même, cette partie qui était située sur la

lèvre, était presque cachée dans l'ombre de l'angle de la bouche. Dans ces conditions, la malade ne tenait pas à ce que l'on tentât une opération que nous-même ne jugeâmes pas être indiquée. — Dans la plupart des cas de nœvus de la langue, ce n'est que la marche rapide de la maladie ou les inconvénients sérieux qu'elle cause au malade qui peuvent engager le chirurgien à intervenir.

OBSERVATION V

(Thèse de FOUCHER.)

Tumeur érectile veineuse qui, après avoir débuté par la langue, a fini par envahir les parties voisines.

(*Bull. de la Soc. de chir.*, t. II, page 157; 1851-1852.)

M. Chassaignac offre un exemple de tumeur érectile veineuse, arrivée à un un degré d'envahissement extraordinaire, et qui la place d'emblée au-dessus des ressources de l'art.

En effet, toute la région temporo-maxillaire droite, une partie de l'oreille, une portion du maxillaire inférieur dont le tissu osseux a été détruit, la presque totalité de la langue, moins une petite portion siégeant près de la pointe du côté droit, l'amygdale droite, la voûte palatine, le plancher de la bouche, sont convertis en un tissu veineux, bleuâtre, spongieux, cédant à la pression, d'une résistance modérée et ne donnant lieu à aucune douleur.

Quand on comprime la langue entre les doigts, on sent trois ou quatre petits corpuscules très durs, insensibles à la pression, et qui ne semblent être autres que ces concrétions veineuses appelées phlébolithes ; il existe, en outre, un varicocèle assez volumineux à gauche; du reste, point d'hémorrhoïdes, seulement quelques varices aux membres inférieurs.

Interrogé sur l'époque d'apparition de ces diverses tumeurs, qui, selon toute apparence, entretiennent des communications, le malade nous apprend :

Que la tumeur de la langue existe depuis sa naissance, du moins ses parents lui ont-ils dit avoir remarqué la coloration bleuâtre de la langue, dès les premiers jours de sa naissance, et, de plus, il rapporte que depuis qu'il se connaît, il a toujours eu la parole embarrassée.

La tumeur temporo-maxillaire est rapportée à l'avulsion d'une dent pratiquée à l'âge de seize ans ; c'est à la même époque qu'il fait remonter le varicocèle, à la suite d'un travail forcé.

Il semblerait que la tumeur, originairement linguale, a poussé des embranchements successifs vers tous les points que nous avons indiqués ; seulement le mode, les dimensions et le siège anatomique précis des points inter-communiquants ne sont pas rigoureusement établis.

Cet homme a un de ses enfants qui présente, comme lui, de l'embarras dans la parole, causé par une tuméfaction avec coloration bleuâtre de la langue.

Chez le malade, la parole est difficile et empâtée ; il lui arrive quelquefois de se mordre la langue, mais il n'a jamais eu d'hémorrhagie. Quand il se livre avec force à sa profession de mécanicien, toutes ces tumeurs se gonflent, et il survient une salivation assez abondante ; il éprouve souvent des douleurs comme névralgiques dans le côté droit de la tumeur. Aucun phénomène d'auscultation à noter.

Le développement considérable du tissu malade rendant toute opération impraticable, on se borne à lui faire tenir, le plus longtemps possible, dans la bouche, des fragments de glace, au moyen de la pince de Museux.

OBSERVATION VI

(Thèse de FOUCHER.)

Tumeur érectile de la langue

Observée à l'Hôpital de Westminster, dans le service de M. Bernard HOLT.

(British medical Journal, 28 féb. 1857.)

C'est une jeune fille, âgée de vingt ans, qui se trouve en traitement pour un nœvus externe siégeant vers la commisure droite des lèvres. On a reconnu qu'elle a deux autres tumeurs vasculaires congénitales dans l'intérieur de la bouche : l'une, occupant la face supérieure et le bord de la langue, ayant une large base, présentant une coloration pourpre, couverte par les papilles de la membrane muqueuse et disparaissant complètement par la pression ; l'autre, située sous la langue, plus proéminente, et que la pression ne parvient pas à affaisser. Ni l'un ni l'autre de ces deux nœvus n'ayant pris de l'accroissement et ne donnant lieu à aucun symptôme, aucun traitement n'a été dirigé contre eux. Celui qui a son siège à la peau de la face a été traité par la ligature.

OBSERVATION VII

(Thèse de FOUCHER ; Paris, 1862.)

Un autre cas de cette affection a été observé, il y a peu de temps, à l Hôpital de Saint-Georges, dans le service de M. H.-C. Jonhson, chez un homme d'âge moyen qui est entré pour une autre maladie et qui présente aussi plusieurs autres tumeurs érectiles, mais ni ces dernières ni le nœvus qui existe sur le dos de la langue n'ont jamais paru augmenter de volume. Celui-ci consiste en une petite tumeur bleuâtre, située près du bord de la langue, diminuant par la pression, mais ne disparaissant pas complètement ; elle ne cause aucune espèce de douleur ni d'incommodité, et n'a été découverte qu'en examinant la langue du malade comme cela se pratique habituellement.

OBSERVATION VIII

(Foucher ; *id.*)

Mme X... est âgée de quarante-deux ans ; son tempérament est lymphatique, sa constitution délicate ; réglée à quatorze ans, ses époques menstruelles ont été régulières. Cette dame est affectée d'une tumeur érectile veineuse occupant l'extrémité antérieure de la langue ; cette extrémité, au lieu de s'avancer en pointe, se présente sous la forme d'une massue dont le volume est à peu près celui de deux amandes ordinaires. La moitié de la tumeur est placée sur la face supérieure de la langue ; l'autre moitié sur la face inférieure. Presque entièrement située à droite, elle dépasse un peu la ligne médiane sur les deux faces de la langue. Les deux parties de la tumeur ne sont point complètement indépendantes l'une de l'autre ; elles sont reliées en différents points par le tissu qui forme la tumeur elle-même. Sur la face inférieure de la langue, le sillon médian et la saillie qui répond aux muscles linguaux sont effacés dans la partie occupée par la tumeur, et le tissu érectile se prolonge sur le trajet des veines ranines.

Les obstacles apportés aux différentes fonctions de la langue sont en général peu sensibles ; cela tient certainement à l'élasticité du tissu érectile. La conduite des aliments entre les arcades dentaires, la formation du bol alimentaire, s'exécutent assez facilement, quoique avec une certaine lenteur; l'enlèvement après le repas des dernières parcelles alimentaires égarées dans les différents recoins de la cavité buccale se fait plutôt par l'action des liquides que par la pointe de la langue ; l'expulsion des crachats est de toutes les fonctions de la langue, celle qui s'effectue le plus difficilement : c'est tout un acte volontaire pour Mme X... que de lancer un crachat hors de la bouche : elle peut le faire, mais elle n'est pas sûre de son fait et le plus souvent elle salit ses vêtements. La voix est un peu altérée ; il y a une sorte de bredouillement, de grasseyement ; mais tout cela n'est pas tellement tranché, qu'on puisse soupçonner une affection de la langue en l'entendant parler.

Depuis longtemps la tumeur ne s'est point accrue. Sous l'influence d'une émotion, du rire, des larmes, quand elle penche la tête, quand elle tire la langue, la pointe devient le siège d'un sentiment de gêne, de tension, de pesanteur ; dans ces moments, elle est, en effet, plus tendue, sans devenir pour cela plus volumineuse.

Les époques menstruelles n'ont sur la tumeur aucune influence. Souvent elle a été le siège d'ulcérations peu étendues, attribuées par Mme X... à son frottement sur les dents cariées ; jamais il n'y a eu ni suintement sanguin ni hémorrhagies.

L'époque du début de la tumeur est incertaine ; ce n'est que vers la huitième année qu'on s'en aperçut, et à cette époque, au dire de sa mère, elle était à peu près ce qu'elle est aujourd'hui. (Docteur Forest, médecin à Saint-Denis-d'Anjou-Mayenne.)

OBSERVATION IX

(Foucher; *id.*)

Tumeur variqueuse sanguine située sous la base de la langue.

Observations recueillies par M. Foucher, dans un Mémoire de M. Dolbeau.

Au n° 7 de la salle Sainte-Marthe, à la Charité, service de M. Briquet, était entrée une jeune fille de dix-huit ans, petite, brune, assez robuste. Elle venait pour un embarras gastrique : mais en examinant la langue, je fus frappé de l'irrégularité de sa forme : elle était plus volumineuse, déviée à droite. Voici les renseignements que j'ai pu avoir. Cette jeune fille était bien réglée, et cela depuis l'âge de douze ans. Son père, bien portant, est affecté de varices volumineuses aux deux jambes ; sa mère n'a pas de varices, mais un de ses frères porte sur plusieurs points du corps des nœvi ; notre malade elle-même à deux nœvi, l'un dans le dos, l'autre à la cuisse. Elle raconte que depuis sa naissance elle avait sous la langue une grosseur ; à l'âge de six ans un médecin fit dans la tumeur une ponction qui donna issue à du sang.

A la suite de cette opération, la langue devint volumineuse, sortait de la bouche ; la déglutition était difficile. La malade garda le lit pendant trois semaines, on lui fit une application de sangsues sous la mâchoire, puis des onctions résolutives, et enfin des cataplasmes.

État actuel. — Lorsque la malade retire la langue, elle se dévie du côté droit ; le sillon médian de la face supérieure est très prononcé ; la partie gauche du dos de la langue fait une saillie d'un demi-centimètre, la membrane muqueuse est saine, mais en arrière on observe un développement considérable de quelques papilles.

Vue par la face inférieure, la langue paraît normale ; la muqueuse est saine, mais vers la base, le frein de la langue manque, excepté vers l'insertion à la mâchoire.

On trouve très bien les deux orifices des canaux de Wharton, supportés par des papilles saignantes. A gauche, et repoussant le frein, on trouve une tumeur grosse comme une petite noix ; cette tumeur est recouverte par la muqueuse saine et mobile, elle est transparente, un peu violacée ; à sa surface on observe un petit point érectile de la grosseur d'une tête d'épingle. Suivant la malade, ce serait le siège de la ponction qui a été pratiquée anciennement.

La tumeur recouvre la veine ranine qui n'existe plus que dans sa terminaison à la pointe de la langue ; par en bas, la tumeur se confond avec le plancher de la bouche.

La région sous-maxillaire est bien conformée ; elle est un peu douloureuse à gauche. La tumeur est molle, se laisse déprimer, diminue de volume par la compression ; *elle augmente à l'époque des règles.* Les mouvements de la langue sont libres, mais ils s'accompagnent d'un peu de douleur et *font grossir la tumeur.* La voix n'est pas modifiée. La déglutition est facile.

En résumé, nous avons là une tumeur bien isolée, occupant le siège des grenouillettes, en ayant la forme et la couleur, mais qui cependant n'est autre chose qu'une dilatation ampullaire de veine ou une cavité accidentelle en communication avec le système veineux, ainsi que le prouvent les renseignements et les symptômes.

Cette observation nous montre que l'erreur est possible, puisqu'un médecin a cru ponctionner une grenouillette, que la ponction de cette tumeur a été suivie d'accidents graves. Enfin, cette maladie est compatible avec la fonction des organes voisins ; elle augmente à peine et gêne si peu la petite malade que, pour tout au monde, elle ne voudrait y laisser toucher.

OBSERVATION X

(Foucher ; *id.*)

J'ai donné, il y a six mois, des soins à un petit garçon de neuf à dix ans. Il vint me consulter pour une inflammation de la région sous-maxillaire ; en effet, du côté gauche, il y avait un gonflement œdémateux, avec très légère rougeur à la peau, le tout très modérément douloureux. Il y avait des symptômes généraux assez graves : fièvre, céphalagie, difficulté à respirer et à avaler. Au premier abord, je crus à un phlegmon, ayant sa cause dans l'existence d'une affection dentaire ; aussi, portais-je mon attention vers l'intérieur de la bouche : aussitôt je constatai un gonflement de la langue et du plancher de la bouche à gauche seulement.

Ayant soulevé l'organe, je trouvai une tumeur grosse comme une noix, séparée par le frein de la langue en deux parties, dont la plus volumineuse était à gauche ; cette tumeur était dure, de couleur violacée, et environnée de tissu à aspect variqueux. J'appris de la mère que la grosseur datait de la naissance, qu'elle allait toujours croissant. La mère m'affirma que lorsque l'enfant pleurait, toute la langue devenait violette.

Des onctions mercurielles, des cataplasmes, et le calomel à l'intérieur furent ordonnés. Après dix jours, tous les accidents inflammatoires avaient cessé, et je trouvai à la tumeur tous les caractères d'une tumeur vasculaire, avec cette particularité qu'elle était irréductible, quoiqu'elle augmentât par les efforts.

Je n'ai rien osé entreprendre pour obtenir une cure radicale.

OBSERVATION XI

(Foucher ; *id.*)

Tumeur érectile de la langue guérie par le mercure

Observée par J. Brown.

(*The Lancet*, 30 mars 1883 ; *Arch. générales de médecine*, 1883, t. I, page 582.)

En novembre 1829, une jeune fille de dix-huit ans vint consulter M. Brown pour une tumeur de la langue qui l'inquiétait beaucoup. Cette tumeur avait été

remarquée peu de temps après sa naissance ; elle était alors très petite et était restée stationnaire pendant plusieurs années, mais depuis quelque temps elle faisait des progrès. La jeune fille avait reçu les soins de plusieurs médecins.

L'année précédente, un chirurgien, ayant fait une ponction dans la tumeur, avait déterminé une hémorrhagie inquiétante. En examinant la langue, M. Brown trouve une tumeur aussi volumineuse qu'une grosse fraise, située du côté gauche de la face inférieure de la langue, à deux centimètres et demi de sa pointe ; elle s'étendait un peu au delà du bord de la langue. Elle était molle, compressible, d'un rouge pourpre, et semblait consister en un amas de vaisseaux sanguins. En la saisissant entre le doigt indicateur et le pouce, on sentait une pulsation évidente. Le médecin anglais en conclut que c'était une tumeur de celles auxquelles on a donné le nom d'anévrysmes par anastomoses, et, comme elle augmentait tous les jours, il pensa qu'il serait nécessaire de l'enlever. La santé générale de la jeune fille n'était pas bonne : elle avait souvent des douleurs dans l'estomac, des nausées, des borborygmes, de la constipation. En conséquence, avant de fixer le jour de l'opération, on lui prescrivit quatre grains de mercure (Blue pill) le soir, tous les deux jours, et un doux purgatif le matin du jour intermédiaire. Ce traitement devait durer trois semaines. Au bout de quinze jours, elle était prise de tous les accidents de la salivation mercurielle : son haleine était extrêmement fétide et la salive coulait hors de la bouche.

Peu de jours après, sa langue s'enfla considérablement et se couvrit d'ulcères très douloureuses, et, malgré la petite quantité de mercure qu'elle avait pris, elle resta dans cet état pendant cinq semaines.

Tant que la langue fut tuméfiée, la tumeur fut invisible ; mais cette circonstance parut toute ordinaire et fixa peu l'attention. Quels furent le plaisir de la malade et l'étonnement du médecin lorsqu'ils s'aperçurent, quand la langue eut repris son volume normal, que cette tumeur avait tout à fait disparu, laissant à sa place une légère excavation. Tous les accidents mercuriels se dissipèrent bientôt et M. Brown cessa de voir sa malade.

Quatre mois après, il eut l'occasion de la revoir ; il n'y avait aucun vestige de la tumeur.

OBSERVATION XII

(Foucher ; *id.*)

Tumeur érectile de la langue. — Extirpation. — Guérison.

Par M. le Docteur Bauchet.

(*Moniteur des Hôpitaux*, 1856.)

Mlle P..., institutrice à Confolens, âgée de trente ans, a été adressée à Paris par M. le Dr Lagarde. Cette dame raconte qu'il y a huit ans environ, elle remarqua sur la face dorsale de la langue, près de la pointe, une petite tache noirâtre, puis une petite élevure qui ressemblait à une lentille. Jusque-là elle affirme qu'il

n'existait rien sur cet organe. Cette élevure s'est prononcée davantage ; elle a donné lieu à une petite tumeur qui a grossi lentement, graduellement d'abord, mais qui, depuis trois mois, fait des progrès bien plus évidents, au point que, depuis cette époque, la petite tumeur a au moins doublé de volume.

État actuel, 5 septembre 1855. — M^lle P... porte sur la face dorsale de la langue, tout près de sa pointe, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une petite noix, faisant sur cet organe un relief très prononcé. Cette tumeur est bleuâtre, rappelant par sa couleur la couleur des veines ranines, bosselée, molle, pâteuse, fluctuante ; elle ne présente pas de battements, elle se gonfle quand la malade tousse ou fait des efforts. Quand on vient à la comprimer, elle s'affaisse presque en totalité ; il reste seulement quelques points durs au milieu d'une masse flasque et molle. Quand on palpe la tumeur en différents endroits et qu'on cherche ses limites, on voit qu'elle est creusée dans le tissu même de la langue, qu'elle occupe environ d'avant en arrière deux centimètres transversalement, un centimètre quand cet organe est étalé. La face inférieure de la langue est saine, la tumeur n'occupe pas de haut en bas toute son épaisseur. Rien dans le voisinage ; au plancher de la bouche, sur les gencives, sur les joues, sur les lèvres, dans le reste de la langue, les veines ranines ont leur couleur et leur forme normales.

Cette dame est légèrement chloro-anémique, mais sa santé générale est bonne.

En présence de ces renseignements et de ces symptômes (une tumeur grosse comme une petite noix, augmentant de volume par les efforts, s'affaissant pour disparaître presque complètement sous la pression des doigts, bleuâtre, bosselée, sans pulsations, sans battements appréciables), le diagnostic n'était pas embarrassant, et l'on reconnaissait de suite une tumeur érectile, veineuse, occupant le corps de la langue. Mais ce que cette tumeur offrait de remarquable, c'est qu'elle avait débuté à l'âge de plus de vingt-deux ans, et qu'elle était bien limitée, comme enclavée dans le tissu de la langue ; c'est que, quand on venait à la comprimer, elle disparaissait en partie, mais qu'il restait, ainsi que je l'ai dit plus haut, quelques noyaux, rappelant à peu près la consistance molle des lobules d'un lipôme, non d'un lipôme pur et simple, la couleur de la tumeur, sa forme, sa réductibilité éloignent cette idée, mais d'un lipôme ayant été peut-être le point de départ, l'éclosion du développement de la tumeur érectile . . . . . Je rejetai l'idée de lipôme et je pensai que c'étaient de petits caillots sanguins déposés dans quelques-unes des vésicules de la tumeur.

Opération le 7 septembre.

Examen de la pièce. — La petite tumeur est réduite à un lambeau, mince, flottant, dans lequel on reconnaît : 1° la muqueuse très amincie ; 2° sous la muqueuse, un lacis veineux, une foule de petites veines enlacées, anastomosées en différents sens, et formant un amas de petites circonvolutions. Dans quelques-unes de ces petites veines, surtout celles qui présentent comme de petits appendices, de petits lacs, on trouve des caillots à différentes périodes de formation, mais qui sont situés comme dans de petites loges appendues sur le trajet d'une veinule principale. Point de lobules graisseux.

J'ai revu la malade au mois de septembre de cette année ; la guérison est parfaite et l'on ne voit plus la trace de l'opération.

OBSERVATION XIII

(Foucher ; *id.*)

Tumeur érectile de la langue. — Ablation. — Guérison

Observée par le docteur A. Testelin.

(*Union médicale*, t. I, 1847; page 254.)

Une jeune fille de vingt-un ans, blonde, portait sur la face inférieure de la moitié droite de la langue, à une distance à peu près égale de la pointe et de la base, une tumeur du volume d'une noisette, molle au toucher et d'une couleur violacée. Cette tumeur s'affaissait quand on la comprimait, et l'on sentait profondément un noyau résistant sans y percevoir cependant aucune espèce de pulsations. La malade disait y ressentir des battements depuis deux mois. Elle en avait reconnu l'existence trois ans auparavant, à l'occasion d'une morsure qu'elle s'était faite en mâchant, morsure suivie d'hémorrhagie. La tumeur avait alors le volume d'un grain de blé. Depuis elle avait eu des hémorrhagies à diverses reprises, et notamment il y a quelques mois.

Le 31 août 1842, M. Testelin en pratiqua l'ablation.

La guérison fut prompte et rapide. M. Testelin a revu cette fille cinq mois après ; la cicatrice était si peu marquée, qu'elle eut pu échapper à une personne non prévenue.

OBSERVATION XIV

(Foucher ; *id.*)

Le nommé F..., peintre, âgé de quarante-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans les derniers jours de septembre, au n° 8 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Laugier, suppléé par M. Foucher. Il a été admis pour se faire traiter d'une tumeur qu'il porte à la base de la langue.

Cet homme raconte que, depuis un an environ, les mouvements de sa langue sont légèrement gênés, surtout du côté gauche ; mais ce n'est que depuis un mois qu'il a pu sentir et voir une tumeur se développer du côté gauche de la langue. A partir de ce moment, il a éprouvé une certaine difficulté dans la mastication, la déglutition et principalement dans l'action de parler. Le malade nous assure qu'avant l'époque que nous venons d'indiquer, il n'avait rien senti du côté de la langue et qu'il n'a jamais aperçu de tache sur cet organe.

Aujourd'hui, on constate sous la langue, et du côté gauche, une tumeur ayant

à peu près le volume d'un petit œuf de pigeon, assez vaguement circonscrite, surtout en avant, où elle s'avance jusqu'à deux centimètres environ du frein de la langue ; en arrière elle est plus diffuse et semble en quelque sorte se perdre dans la base de la langue ; la muqueuse qui la recouvre est amincie et adhérente, elle a une teinte bleuâtre et on voit manifestement qu'elle est formée de vaisseaux noueux ; tout autour de la tumeur, et surtout à sa partie inférieure, les veines sont devenues variqueuses.

Au toucher elle donne la sensation d'un corps mou et souple, et ne présente aucun battement. Si on vient à presser directement sur elle, elle disparaît presque totalement pour revenir à son volume primitif dès qu'on cesse de la comprimer. Lorsqu'au contraire, on applique les doigts un peu au-dessus de la tumeur et qu'on appuie d'avant en arrière, on voit son volume augmenter, les veines se gonfler, et la couleur bleuâtre devenir plus apparente ; les mêmes phénomènes ont lieu quand le malade fait des efforts. Elle est complètement indolente, et c'est seulement à cause de la gêne qu'elle produit dans les mouvements de la langue, que le malade vient réclamer les secours de la chirurgie.

Avec de semblables caractères, M. Foucher n'a pas hésité à reconnaître une tumeur érectile veineuse ; car les signes étaient plus que suffisants pour éloigner l'idée de tumeurs ayant quelque analogie avec la tumeur érectile, telles que kystes, encéphaloïdes, etc., etc.

Entre tous les procédés employés pour détruire la tumeur érectile veineuse, M. Foucher a choisi la ligature, motivant ce choix sur ce que la tumeur était assez nettement circonscrite et pouvait, par suite, être saisie assez exactement par les fils.

. . . . . .

Le malade est sorti de l'Hôpital parfaitement guéri.

OBSERVATION XV

(Foucher ; id.)

Tumeur érectile de la langue.

Jeune homme de dix-neuf ans, tempérament sanguin, santé habituellement bonne. Depuis dix mois il s'est manifesté, à la partie antérieure de la langue, une petite tumeur inflammatoire.

Entré le 11 mars 1856 à la clinique, il présente l'état suivant : tumeur siégeant presque entièrement au côté gauche de la langue ; elle est de couleur rouge, plus ou moins obscure en divers points.

La tuméfaction et la coloration augmentent après que le malade s'est livré à la conversation ; elles diminuent avec le repos et de légères et douces pressions.

La tumeur est presque indolente par elle-même ; la mastication, la déglutition

et la parole sont considérablement gênés. Forme irrégulière, aplatie; les deux tiers antérieur de la portion gauche de la langue et quelques lignes du tiers moyen du côté droit sont compris, par toute leur épaisseur, dans cette affection morbide, qui a le caractère d'une tumeur érectile mixte. Un point beaucoup plus mou et plus souple au toucher, ayant son siège à la partie supérieure et environ dans le milieu de la tumeur, indiquait probablement le lieu d'origine des hémorrhagies qui se renouvelaient fréquemment.

Opération. — Dix jours plus tard, la plaie avait un bel aspect; la cicatrisation était complète le quarante-septième jour de l'opération.

Quelques mois après, le sujet fut revu. Il avait recouvré une santé complète; la langue exécute tous ses mouvements et toutes ses fonctions d'une manière complète.

OBSERVATION XVI

(Foucher; *id.*)

Ligature de l'artère linguale pratiquée pour un nœvus ulcéré de la langue, chez un enfant de deux ans et demi.

Par M. Deguise fils, chirurgien-adjoint de la Maison royale de Charenton.

Le 25 juin 1843, le nommé B..., serrurier à Nogent-sur-Marne, amena à la consultation de la maison royale de Charenton, un enfant âgé de deux ans et demi, qui saignait de la bouche depuis une huitaine de jours.

Un premier examen, auquel le petit malade se prêtait fort difficilement, ne laissait d'abord rien apercevoir, et nous eussions peut-être, mon père et moi, méconnu la cause de cette hémorrhagie, si B... ne nous eût assuré qu'il existait un bouton sur la langue de son enfant.

Une seconde exploration, faite avec beaucoup de soins, nous fit effectivement découvrir une petite tumeur, située sur le bord droit de la langue, vers la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieur de cet organe. Son volume pouvait égaler celui d'un petit pois; sa couleur était violacée, sa surface comme chagrinée laissait suinter un sang vermeil par la partie supérieure légèrement érodée.

B... ne put nous donner que des renseignements très vagues sur l'apparition et le développement de cette petite tumeur; suivant lui, elle datait seulement de huit jours.

L'enfant, très vigoureusement constitué, s'était toujours bien porté, jusqu'à l'apparition de l'hémorrhagie; les dents du côté droit ne présentaient aucune saillie, aucune inégalité qui pussent blesser la langue. Ce dernier organe avait ses dimensions accoutumées; sa consistance était normale. La base de sustentation et les environs de la petite tumeur paraissaient sains.

Ces différentes circonstances nous firent croire à une tumeur érectile, d'un nœvus qui s'était ulcéré.

Effectivement, les caractères extérieurs de cette petite tumeur ressemblaient assez à ceux que l'on observe dans ce genre d'affections, et, pour ma part, en y réfléchissant à loisir, je me confirmai dans ma première opinion, ne voyant pas quelle autre affection j'aurai pu confondre avec celle à laquelle j'avais affaire. Je pensais aussi que l'origine de cette tumeur pouvait bien être plus ancienne que ne le disait B..., peut-être remontait-elle jusqu'à la naissance, et son petit volume et l'absence de signes morbides avaient empêché qu'elle fût reconnue jusqu'au moment où parut l'hémorrhagie buccale et où l'attention des parents fut vivement sollicitée de ce côté.

Cautérisation au nitrate d'argent du bouton saignant, par M. Lequesne. Ce moyen échoue.

MM. Deguise père et fils essaient d'arrêter l'hémorrhagie par le traitement suivant : limonade minérale à la glace ; introduire dans la bouche et faire sucer, s'il se peut, de petits morceaux de glace ; 16 grammes d'huile de ricin ; cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs.

Le 27, le sang n'a pas cessé de couler. La langue saisie avec une pince de Museux est attirée fortement en dehors, la petite tumeur broyée et déchirée avec une pince, et toute la surface saignante cautérisée avec un fer rouge. On continue les boissons froides, les révulsifs aux extrémités, 12 grammes d'huile de ricin pour évacuer le sang qui avait pénétré dans l'intestin.

Le 29, l'enfant est ramené très affaibli ; l'hémorrhagie arrêtée pendant quelques heures s'est reproduite.

Excision d'une partie de la langue, correspondant à la surface saignante. — Application de deux cautères rougis à blanc. — Continuation des moyens indiqués plus haut.

Le 30, l'enfant est très pâle, très affaibli ; le pouls petit et fréquent. L'hémorrhagie a continué.

Application de deux ligatures sur la plaie pour intercepter complètement le cours du sang à travers la plaie. L'hémorrhagie s'arrête.

Eau vineuse froide, bouillon froid, révulsifs aux extrémités.

Le 1er juillet, M. Deguise est appelé auprès du petit malade, le trouve presque exsangué ; le sang avait reparu la veille au soir et n'avait pas cessé de couler avec abondance. Il y avait un commencement d'œdème général ; la face était d'une pâleur extrême, les lèvres décolorées ; les extrémités froides ; le pouls irrégulier, intermittent, filiforme, par moment tout à fait imperceptible.

On pratique la ligature de l'artère linguale.

Le 5 et le 7, nouvelles hémorrhagies qui bientôt s'arrêtent pour ne plus reparaître.

La guérison fut complète.

OBSERVATION XVII

(M. le docteur Dudon.)

Une femme âgée, entrée dans le service de M. le Dr Dudon, à l'Hôpital Saint-André, pour une autre affection, était porteur d'un angiôme caverneux de la

langue, situé à une petite distance de la pointe, sur le côté gauche de la langue. Il présentait à sa base une légère dépression qui semblait le pédiculiser. Sa grosseur était à peu près celle d'une noisette, sa couleur violacée. Il n'avait jamais donné lieu à aucune hémorrhagie, et n'embarrassait nullement la malade, qui est sortie de l'hôpital sans vouloir le laisser opérer.

OBSERVATION XVIII

(M. Foucher.)

Homme âgé de trente-cinq ans, atteint d'une tumeur érectile veineuse, occupant la moitié gauche de la langue, de la joue et le maxillaire correspondant. Cet homme portait cette tumeur depuis quinze ans, et elle avait débuté par la base et du côté gauche, puis elle avait successivement envahi les gencives, le maxillaire et la joue.

La maladie fut regardée comme incurable.

OBSERVATION XIX

(Foucher ; *id.*)

Enfin, j'ai pu voir, l'an dernier, dans le service de M. Jobert, un malade qui offrait la plus grande analogie avec ceux dont je viens de parler, et dont l'étendue de la tumeur ne permit pas au chirurgien d'agir.

CONCLUSIONS

I. — L'angiôme de la langue est habituellement congénital.

II. — Lorsqu'un angiôme est stationnaire et peu volumineux, on devra l'extirper radicalement dans le but d'éviter le développement ultérieur de la tumeur et les dangers qu'elle peut alors entraîner pour le malade.

III. — Si un angiôme donne lieu à des hémorrhagies, il faut encore intervenir et le plus rapidement possible, parce qu'elles sont l'indice d'un développement prochain de la tumeur; qu'elles compromettent la vie du malade, et que tout retard diminue les chances de réussite et les avantages que l'on peut retirer d'une opération faite promptement.

IV. — Nous conseillons, pour l'extirpation radicale de la tumeur, la méthode de l'écrasement linéaire, avec l'écraseur de Chassaignac, en ayant soin de conduire lentement l'opération. On évitera ainsi, presque à coup sûr, les hémorrhagies, surtout si l'on a soin d'établir la ligne de section sur le tissu sain, à une petite distance du tissu malade.

V. — La guérison suit rapidement l'opération et n'est pas suivie de récidives.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

LANELONGUE.

Vu par le Doyen de la Faculté,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 22 mai 1886.

Le Recteur.

Pour le Recteur, l'Inspecteur d'Académie délégué,

ROUMESTAN.

Bordeaux. — Imprimerie centrale A. DE Lanefranque, rue Permentade, 23-25.